

**Pubblicato sulla rivista “Appunti n.155/2004**

## **IL FUTURO HA UN CUORE ANTICO?**

*L'integrazione socio sanitaria in Regione Piemonte*

**Mauro Perino<sup>1</sup>**

### **Le scelte istituzionali.**

Dopo più di tre anni dall'approvazione della Legge 328/2000, la Regione Piemonte, con la legge 8 gennaio 2004 n.1 detta le proprie: “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”.

La legge giunge a poche settimane dall'approvazione della D.G.R 51 – 11389 del 23.12.2003 “D.P.C.M 29 novembre 2001, allegato 1, Punto 1.C. Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria” con la quale si definisce il “*modello organizzativo integrato fra sanità e sociale*, da attuare con un percorso graduale che, nell'arco del prossimo triennio (2004 – 2006), investa progressivamente il complesso delle prestazioni previste nei livelli assistenziali relativi all'area in questione”<sup>2</sup>.

In entrambi i testi si affrontano le questioni nodali, tra loro strettamente connesse, dell'integrazione socio sanitaria - con riferimento alle specifiche competenze dei due comparti in ordine alla programmazione ed alla erogazione delle prestazioni - e del modello organizzativo e gestionale dei servizi.

Per quanto attiene alla definizione delle titolarità ad erogare le prestazioni inserite tra il livelli essenziali (quelli sanitari già definiti e quelli sociali per i quali si è in attesa della normativa nazionale), l'articolo 1, comma 2, della legge regionale precisa che “per interventi e servizi sociali, si intendono tutte le attività individuate dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, in materia di conferimento di funzioni alle regioni ed agli enti locali, così come previsti dalla l. 328/2000, ivi comprese le attività di prevenzione, *nonché le prestazioni socio – sanitarie di cui all'articolo 3-septies del decreto legislativo 30*

---

<sup>1</sup> Direttore del Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona – CISAP- tra i Comuni di Collegno e Grugliasco (To) email [cisap@cisap.to.it](mailto:cisap@cisap.to.it)

<sup>2</sup>Con la D.G.R 51 – 11389 del 23.12.2003 la Giunta Regionale ha recepito l’“Accordo sugli indirizzi, linee guida e percorsi per l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A) sull'area socio – sanitaria” sottoscritto il 26.11.2003 dall'Assessore alla Sanità, dall'Assessore alle Politiche Sociali, dalle rappresentanze A.N.C.I. Piemonte, Lega Autonomie Locali, Consulta Piccoli Comuni, U.P.P, U.N.C.E.M, Federsanità A.N.C.I. Piemonte, CGIL, CISL, UIL, Fenascop, Coordinamento Case Alloggio HIV, Comitato promotore della petizione popolare e aderenti al Forum Volontariato e Terzo Settore. L'accordo applicativo del D.P.C.M 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. - in vigore dal 1° gennaio 2004 - riguarda la nuova articolazione dei servizi di cure domiciliari per la lungo assistenza ed i servizi socio sanitari per disabili ed anziani.

*dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni".*

Giova ricordare che l'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112 definisce i servizi sociali come il complesso delle attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, *escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario*, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Dalle lettura dei due articoli emerge dunque una contraddizione: l'articolo 1 della L.R 1/2004 – che definisce l'oggetto della legge regionale – *include*, tra gli interventi e servizi sociali di cui all'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, *le prestazioni socio – sanitarie* nonostante quest'ultimo *escluda* dal complesso delle prestazioni poste a carico dei servizi sociali quelle *assicurate dal sistema sanitario*.

Se ne dovrebbe dedurre che – nella Regione Piemonte - *tutte* le prestazioni socio sanitarie vengono attribuite ai comuni, titolari delle funzioni relative ai servizi sociali ai sensi dell'articolo 131, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112.

In realtà è lo stesso articolo 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ad escludere tale possibilità fornendo, al primo comma, una precisa definizione delle prestazioni socio – sanitarie: "Si definiscono prestazioni socio sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, *bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale* in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Il secondo comma dell'articolo individua perciò due tipologie di prestazioni socio – sanitarie:

- a) le *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, ovvero le "attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite";
- b) le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, cioè tutte le "attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute".

Alle tipologie di cui sopra si aggiungono le *prestazioni ad elevata integrazione sanitaria* che il quarto comma definisce come "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno – infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da

Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico – degenerative”.

Pur rinviando “all’atto di indirizzo e coordinamento di cui all’articolo 2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n. 419” l’individuazione delle prestazioni da ricondurre alle tipologie a), b) e di quelle da inserire nella fattispecie delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, nell’articolo in oggetto vengono fissati alcuni punti fermi in ordine al problema delle *competenze istituzionali*.

Le *prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria* sono “assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti – obiettivo nazionali e regionali”.

Le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* “sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell’articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112”.

L’individuazione del soggetto competente ad erogare le *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* è, nell’articolo esaminato, meno precisa e va ricercata nel precedente articolo 3 quinquies, comma 1, lettera c), ove si afferma – con riferimento alle funzioni e risorse del distretto sanitario – che quest’ultimo deve garantire “l’erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni”.

In sintesi il quadro delle competenze - *delineato con legge dello Stato* - risulta così composto: alle ASL compete l’erogazione delle *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione* e di quelle ad *elevata integrazione sanitaria*; ai Comuni quelle *sociali a rilevanza sanitaria* (salvo delega alle ASL).

Nonostante l’incipit un po’ impreciso, la legge della Regione Piemonte recepisce comunque quanto disposto dalla normativa nazionale in materia socio sanitaria.

Con riferimento alle “*Funzioni delle Aziende sanitarie locali*” nell’articolo 7, comma 1, della L.R. 1/2004 si precisa infatti che queste ultime: “assicurano, secondo la normativa vigente e secondo le modalità individuate nei piani attuativi aziendali, nei programmi delle attività territoriali e nei piani di zona, le attività sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria garantendone l’integrazione, su base distrettuale, con le attività sociali a rilievo sanitario di competenza dei comuni, e mettono a disposizione le professionalità sanitarie per l’espletamento delle funzioni di vigilanza di cui all’articolo 26”.

Coerentemente con tale impostazione l’articolo 9, comma 5, della legge regionale assegna ai soggetti gestori dei servizi sociali il compito di assicurare:

“le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle ASL”.

Dato atto che viene finalmente chiarito lo scenario delle competenze istituzionali si tratta di capire come viene perseguito l'obiettivo – più volte ribadito – di *garantire l'integrazione, su base distrettuale*, del complesso delle prestazioni afferenti all'area socio – sanitaria.

### **Programmazione e gestione.**

L'articolo 20 (*Integrazione socio – sanitaria*) prevede, al comma 2, che le attività socio sanitarie integrate, “realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale” vengano *regolate* nell'ambito dell'accordo di programma che approva il *piano di zona*.

Più in dettaglio nell'articolo 17, comma 1, si prevede che: “I comuni singoli od associati, a tutela dei diritti della popolazione, *d'intesa con le ASL nelle forme previste dall'articolo 3 quater, comma 3, lettera c) del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni per quanto attiene alle attività di integrazione socio – sanitaria*, provvedono a definire il piano di zona ai sensi dell'articolo 19 della l. 328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza”

Il richiamo all'articolo 3 quater, del d.lgs. 502/1992 è molto opportuno perché è ormai convinzione diffusa che la definizione di assetti più funzionali alla gestione delle attività socio sanitarie – che consentano l'effettivo esercizio di una programmazione in qualche modo governata dai rappresentanti delle comunità locali – non può che avvenire attraverso la piena applicazione di quest'articolo che individua nel Comitato dei sindaci di distretto l'organismo istituzionale più idoneo *alla tutela della salute a livello locale*.

E' infatti il Comitato dei sindaci di distretto (o il Comitato dei presidenti di circoscrizione) che deve *concordare* con l'ASL il programma delle attività territoriali proposto dal direttore di distretto ed approvato “dal direttore generale, *d'intesa*, limitatamente alle attività socio sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale” (articolo 3 quater, comma 3, lettera c) del d.lgs. 502/1992).

La questione è talmente cruciale che nella legge regionale piemontese si dispone che: “La parte dei piani di zona relativa alle attività di integrazione socio sanitaria trova *obbligatoria corrispondenza* nella parte dei programmi di attività distrettuale contenuta nei piani attuativi aziendali per garantire *la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti interessati*, l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure” (articolo 17, comma 6, della L.R. 1/2004).

Con linguaggio un po' ambiguo si afferma, in sostanza, che il piano di zona – per quanto attiene alla materia socio sanitaria – non può che *prendere atto* di

quanto *preventivamente* concordato tra ASL e Comitato dei sindaci: con buona pace degli altri soggetti coinvolti nella pianificazione zonale!

Dalla disamina del testo regionale sin qui effettuata si comprende che per quanto attiene alla *programmazione* degli interventi e dei servizi afferenti all'area socio sanitaria si procede – nel rispetto delle singole titolarità – “*per negoziazione*”.

Si tratta ora di esaminare *l'assetto gestionale* configurato dalla nuova normativa regionale

Sulla questione qualche indicazione viene dalla lettura dell'articolo 20 della legge regionale ed in particolare dai commi 3 e 4: “Le attività sono realizzate con modalità operative *condivise dai settori* sanitario e sociale e, al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi, viene nominato il *responsabile del procedimento*”; “L'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata mediante la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati, sulla base di indirizzi e protocolli emanati dalla Giunta regionale al fine di rendere omogenei sul territorio i criteri di valutazione”.

Il tutto avviene, come si è visto, su base distrettuale. Un distretto che, secondo il disposto (totalmente disatteso) dell'articolo 3 quater, comma 2, del d.lgs. 502/1992 dovrebbe essere “dotato di *autonomia tecnico – gestionale ed economico finanziaria*, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale”.

Ad oggi il distretto è, in realtà, un entità amministrativa con competenza su un area territoriale nella quale operano servizi sanitari e sociali che, sul piano organizzativo, si raccordano tra loro - come avviene per la programmazione – sulla base di accordi e protocolli operativi negoziati e tradotti in “*contratti*” che “*vincolano*” i rispettivi Enti di appartenenza.

Non avrà dunque vita facile il *responsabile del procedimento* di cui al citato articolo 20 della legge regionale. Il poveretto - secondo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 241/1990 – dovrà infatti valutare, a fini istruttori, i requisiti di legittimazione, le condizioni di ammissibilità ed i presupposti che siano rilevanti per l'erogazione dei provvedimenti; dovrà accertare i fatti compiendo a tal fine tutti gli atti necessari per l'adeguato e sollecito svolgimento dell'istruttoria; potrà proporre l'indizione di conferenze di servizi, curerà le comunicazioni e le eventuali pubblicazioni e notificazioni; infine, ove ne abbia competenza, adotterà il provvedimento finale, ovvero ne promuoverà l'adozione da parte dell'organo competente.

Tutte queste funzioni dovranno essere svolte in un contesto operativo nel quale, su un singolo procedimento, devono necessariamente intervenire, in più fasi, soggetti di Enti diversi che operano, anche fisicamente, in modo separato.

Da questo punto di vista è interessante – a titolo di esempio – esaminare il “*modello organizzativo per le cure domiciliari nella fase di lungo assistenza*” che viene individuato nell’allegato A) della D.G.R 51 – 11389 del 23.12.2003 “D.P:C.M 29 novembre 2001, allegato 1, Punto 1.C. Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio sanitaria”.

In primo luogo si premette che affinché il modello di cure domiciliari sia davvero efficiente ed efficace: “occorre che il progetto individuale ed il relativo contratto terapeutico – assistenziale siano *sistematicamente monitorati, per quanto attiene alle competenze sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali*”.

“*Il progetto personalizzato è definito, previa valutazione da parte delle competenti unità valutative aziendali (U.V.H.,U.V.G., ecc) ....in coerenza con gli obiettivi individuati nella programmazione di ciascuno degli Enti coinvolti*”.

“Affinché il progetto assistenziale in favore della persona non autosufficiente risulti efficace occorre che nel medesimo sia individuata *un’organizzazione delle risorse territoriali tale da garantire, attraverso una funzione stabile di raccordo strutturata a livello distrettuale, la gestione integrata della rete dei servizi finalizzata alla presa in carico globale della persona*”. “*La funzione di raccordo deve consentire di coordinare le varie tipologie di assistenza sanitaria e socio sanitaria, anche in stretta sintonia con l’attività ospedaliera e con la medicina di base*”.

Appare chiaro che la definizione del progetto assistenziale *presuppone* l’esistenza di *un’organizzazione delle risorse territoriali tale da garantire la gestione integrata della rete dei servizi*. Ciò è ancor più evidente nelle fasi di monitoraggio, ove il problema viene affrontato con la formula: “*Ciascuno degli Enti coinvolti nel progetto assistenziale ...è responsabile del monitoraggio delle attività svolte e delle risorse impiegate, afferenti alla rispettiva competenza*”. E siccome non può essere ignorata la necessità di presidiare in modo unitario il singolo percorso assistenziale, si assegna il compito di monitorare le prestazioni socio sanitarie ad una “...figura/e professionale/i appositamente individuata/e nell’ambito del progetto personalizzato, *con funzione di responsabile/i operativo socio sanitario del progetto*”. Tale servizio è anch’esso “*previsto e programmato nell’ambito del progetto personalizzato ed il relativo onere, quantificato con un tetto massimo di euro 90 complessivi mensili, è ripartito al 50% fra area sanitaria e area sociale*”

La gestione per accordi e protocolli non appare certamente agevole<sup>3</sup> e così come non è da invidiare il già citato *responsabile del procedimento*, anche sulla reale possibilità di operare efficacemente da parte del *responsabile operativo socio sanitario* si possono nutrire dubbi. Anche solo per il fatto che l’incaricato si trova a rispondere di un progetto che si sostanzia in interventi svolti da

---

<sup>3</sup> Vedi, a titolo di esempio, l’Accordo di programma tra l’Azienda Sanitaria Locale n. 5 e gli Enti Gestori dei Comuni dell’area ovest di Torino pubblicato sul sito del Gruppo Solidarietà.

operatori, non necessariamente appartenenti al suo comparto, collocati in una dimensione organizzativa instabile e priva di un'unica direzione.

Risulta dunque evidente che - per quanto attiene al modello organizzativo e gestionale delle prestazioni e dei servizi - le soluzioni proposte non paiono potenzialmente efficaci: soprattutto se esaminate *dal punto di vista dei cittadini* affetti da patologie croniche stabilizzate o degenerative, con problemi di parziale o totale non autosufficienza o con disabilità.

“Il cittadino e la famiglia portatori di tali bisogni” – osserva Emanuele Ranci Ortigosa - “si rivolgono ai punti di accesso del sistema dei servizi sociali o di quelli sanitari e incontrano notevoli difficoltà a vedere considerato e poi trattato il loro bisogno nel suo insieme, senza doversi essi stessi fare carico di ricomporre le valutazioni e i conseguenti interventi offerti da due diversi sistemi. La mancata integrazione dei due sistemi non solo produce disservizi e sprechi, ma talora mina la stessa valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato”<sup>4</sup>

Agli estensori dei provvedimenti regionali questi concetti sono evidentemente noti ma alla *necessità di mettere a confronto, di raccordare ed integrare in modo stabile sia gli Enti titolati a rendere esigibili i diritti dei cittadini alle cure che le diverse professionalità dei servizi* si risponde semplicemente vincolando gli Enti stessi a *“mettersi d'accordo”*.

In tal modo si finge di ignorare che “Gli interventi sociali e quelli sanitari sono prodotti da sistemi istituzionali, organizzativi e professionali diversi e talora concorrenziali in termini di referenzialità, acquisizione di risorse economiche e operative, autorevolezza scientifica e professionale, e anche *di potere*”<sup>5</sup>

Inoltre si deve considerare che: “le Regioni hanno nella loro disponibilità quasi tutte le funzioni e le risorse finanziarie relative al sistema sanitario che gestiscono anche attraverso loro fiduciari, i direttori regionali delle aziende, pur avendo in materia solo competenza legislativa concorrente con quella dello Stato, mentre in campo socio assistenziale, dove hanno competenza legislativa esclusiva combinata con la competenza amministrativa dei Comuni, non dispongono delle importantissime funzioni e delle risorse relative alle erogazioni monetarie (assegni e pensioni sociali, assegni di accompagnamento, invalidità ecc.). Questo ha pesanti conseguenze sulla dialettica interna alle istituzioni regionali fra settore sociale e settore sanitario e, sul territorio, sulla dialettica fra Comuni e aziende sanitarie, che verifica una sproporzione *di potere* a favore del sanitario, che non rispecchia le scelte costituzionali ma piuttosto l'inosservanza di queste”.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Emanuele Ranci Ortigosa “Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari” in “La riforma dei servizi sociali in Italia” a cura di Cristiano Gori. Carocci Editore.

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Idem.

A tale proposito è appena il caso di osservare che quando i poteri sono squilibrati *i contratti* risultano, in genere, vantaggiosi per i più forti!

Si pone dunque – a monte delle scelte gestionali ed organizzative – un problema di riequilibrio dei poteri che non si può realizzare se non dando pari dignità ai Comuni ed alle ASL, quantomeno nell'amministrazione della materia socio sanitaria.

Da questo punto di vista la Regione Piemonte potrebbe forse ricercare – ispirandosi alla propria passata esperienza - soluzioni “più coraggiose” di quelle indicate nella recente normativa.

### **Radici storiche e possibili prospettive.**

Alla fine degli anni 70, ancor prima dell'applicazione della legge 833/1978 di riforma sanitaria, in diversi comuni piemontesi vennero costituiti dei *Consorzi socio – sanitari*: “allo scopo di assicurare il riordino, lo sviluppo e la gestione dei servizi sanitari e socio – assistenziali nell'ambito di una organica politica di sicurezza sociale ai sensi delle Leggi Regionali n. 41/76 e 39/77”<sup>7</sup>.

L'articolo 2 dello statuto citato ne definisce così le funzioni: “Il consorzio si propone, nell'ambito del territorio di sua competenza e con la partecipazione della popolazione, la tutela del diritto di ogni cittadino alla promozione, mantenimento e recupero dello stato di benessere fisico e psichico, nonché la promozione del benessere sociale e il recupero dell'equilibrio ecologico del territorio”.

Dopo la breve esperienza dei consorzi socio sanitari sono il D.P.R 616/77 e la legge 833/1978 che consentono di strutturare il sistema regionale dei servizi sociali e sanitari.

In applicazione della Legge Regionale 20/1982 vengono costituite le Unità Socio – Sanitarie Locali configurate come lo strumento operativo dei Comuni per la gestione associata ed integrata dei servizi socio – assistenziali e dei servizi sanitari. Ad esse i Comuni conferiscono le funzioni e le risorse sociali al fine di realizzare *un'integrazione sia istituzionale che organizzativa*.

Le idee guida che caratterizzano la scelta del modello gestionale operata agli inizi degli anni '80 dalla Regione Piemonte si ispirano al *principio dell'integrazione* intesa come ricerca della convergenza delle scelte, delle azioni e delle risorse (sociali e sanitarie) su scala locale al fine di produrre il “*benessere psico – fisico*” delle persone.

Nella prima fase del percorso si è creduto fortemente nella logica dello *strumento istituzionale unico* di gestione in quanto appariva come il più adatto a favorire *l'inclusione* delle “categorie” tradizionalmente assistite dai servizi sociali

---

<sup>7</sup> Anno 1978: Statuto del Consorzio socio sanitario dei Comuni di Collegno e Grugliasco (To)



nelle politiche sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alla generalità dei cittadini.

In quegli anni la carenza di risposte sanitarie appropriate alle problematiche poste dagli anziani cronici non autosufficienti e dai disabili intellettivi veniva infatti supplita da interventi assistenziali inadeguati ed inefficaci, fondati essenzialmente sull'istituzionalizzazione, con oneri a carico dei beneficiari, dei loro famigliari e dei Comuni.

L'azione che i servizi sociali sviluppano all'interno delle UU.SS.SS.LL mira ad allargare l'ambito d'intervento dei servizi sanitari a queste quote di popolazione. Grazie allo strumento rappresentato dall'*integrazione istituzionale e delle competenze* si aspira a socializzare e a demedicalizzare la sanità alla quale si richiede l'assunzione diretta di tutte le valenze umane, relazionali e sociali nell'ambito delle attività di prevenzione cura e riabilitazione proprie del sistema sanitario post riforma. Si opera inoltre per lo sviluppo di quei servizi alternativi all'istituzionalizzazione che non possono venire attivati se non attraverso l'utilizzo delle risorse (umane e finanziarie) del comparto sanitario, in quella fase decisamente più consistenti di quelle disponibili per il comparto assistenziale.

Purtroppo l'impianto istituzionale e gestionale che ha consentito la nascita e lo sviluppo di una rete di servizi sociali e sanitari articolato e diffuso in ambito locale viene radicalmente modificato, nei primi anni '90, dalla "riforma della riforma sanitaria" attuata con il D.Lgs. 502/1992 e con il DLgs.517/1993.

Anche sul versante dei Comuni si delineano possibilità di cambiamento. La legge di riforma dell'ordinamento delle autonomie locali 142/1990 afferma, all'articolo 9, che "Spettano al comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale precipuamente nei settori organici dei servizi sociali". Nella legge si precisa inoltre (art.22) che "I comuni e le province, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono alla gestione dei servizi pubblici che abbiano per oggetto produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali". Le forme di gestione dei "servizi pubblici locali" tipizzate nella legge 142/1990 sono cinque: in economia; in concessione a terzi; a mezzo di azienda speciale; a mezzo di istituzione. Alle cinque forme gestionali si aggiungono le forme associative e di cooperazione previste nel capo VIII: le convenzioni; le unioni di comuni; gli accordi di programma ed inoltre *i consorzi* (art.24) che i comuni possono costituire per la gestione associata di uno o più servizi "secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all'art.23 in quanto compatibili".

Il consorzio si configura dunque, nel contempo, come strumento di gestione assimilato all'azienda speciale e come organo di cooperazione e collaborazione tra enti locali finalizzato allo svolgimento coordinato di servizi che interessano un area più vasta di quella del singolo comune.

Ed è proprio a questo strumento gestionale che pensano la Regione Piemonte ed i Comuni nella fase del riassetto del sistema sanitario dei primi anni '90.

Dalla valutazione, complessivamente negativa, sulla possibilità di esercitare realmente il *diritto dovere* di esprimere il bisogno socio - sanitario della comunità locale nei confronti delle nascenti Aziende Sanitarie Regionali deriva infatti la decisione, dei Comuni, di non confermare la delega alla gestione delle attività socio - assistenziali.

Dal gennaio 1995 alle Unità Socio - Sanitarie istituite dalla legge 833/1978 subentrano, in applicazione dei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, le Aziende Regionali USL individuate con la L.R 39/1994. Nel 1995 la Regione Piemonte approva la L. R. 62/1995 di riordino dei servizi socio assistenziali che incentiva i Comuni a riassumere le funzioni socio - assistenziali ed a gestirle in forma associata attraverso la costituzione di consorzi tra i Comuni.

L'effetto di tali scelte è l'estromissione sostanziale degli amministratori comunali dal governo dei servizi sanitari e socio sanitari e, in tema di integrazione socio sanitaria, il riproporsi della questione del rapporto fra funzioni e servizi delle Aziende Sanitarie e servizi dei Comuni, in ordine al problema - a tutt'oggi non felicemente risolto - dell'orientamento delle azioni ai cittadini (che rappresenta il primo dovere delle pubbliche amministrazioni).

Si può dunque dire, alla luce del dibattito attuale sul sistema dei servizi socio sanitari, che *“il futuro ha un cuore antico”*? La risposta potrebbe essere affermativa se si volesse tentare – facendo sintesi tra l'esperienza delle Unità socio sanitarie e quella consortile - di “far rivivere”, almeno sperimentalmente, *il Consorzio Socio Sanitario quale strumento di integrazione istituzionale ed organizzativa*.

Del resto la Regione Piemonte, con la legge 1/2004, conferma l'opzione per il modello consortile già espressa nella precedente legge di riordino. L'articolo 9, comma 1, della legge precisa infatti che *“La Regione individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma più idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali di cui all'articolo 8”*. Ambiti che la Regione, “al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari” fa coincidere con “i distretti sanitari o multipli degli stessi quale ambito ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali”.

Dalla coincidenza territoriale deriva una coincidenza di Organi istituzionali: l'Assemblea Consortile è anche il Comitato dei Sindaci di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992); ed il Sindaco è – in base all'articolo 6, comma 4, lettera b) della legge regionale 1/2004: *“ il titolare delle funzioni di tutela socio sanitaria e del diritto alla salute per i suoi cittadini in applicazione di quanto disposto dal d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni”*.

Ora è facile domandarsi attraverso quali *poteri reali* possano essere esercitate – da parte dei Sindaci - le *funzioni di tutela socio sanitaria e del diritto alla salute* in mancanza di organismi amministrativi e strutture operative che

garantiscono pari dignità con l'ASL nell'esercizio della programmazione, della gestione delle risorse e dei servizi, nella valutazione delle attività afferenti all'area socio sanitaria.

Il *Consorzio Socio Sanitario distrettuale* fornirebbe forse una prima risposta a queste esigenze. Ad esso i due soggetti titolari - organicamente rappresentati nell'Assemblea e nel Consiglio di Amministrazione - potrebbero delegare l'esercizio delle funzioni socio sanitarie di rispettiva di competenza. Il consorzio potrebbe gestire le risorse che l'ASL ed i Comuni destinano annualmente all'erogazione delle prestazioni a livello distrettuale e che andrebbero a far parte di un unico bilancio. Gli atti programmatici consortili verrebbero a coincidere con i Programmi delle attività territoriali relativamente alla materia socio sanitaria; sulla quale sarebbe certamente più agevole raggiungere "l'intesa" prevista dalla normativa nazionale.

La tecnostruttura, - amministrata e diretta in modo univoco e della quale andrebbe a far parte, in regime di distacco, il personale sanitario addetto alle attività socio sanitarie - potrebbe finalmente diventare un interlocutore stabile per il cittadino che, inoltre, troverebbe nel Consorzio *un'unica istituzione territoriale* deputata ad assicurare il diritto alle cure (per le materie delegate dagli Enti titolari).

In conclusione è opportuno precisare che l'operazione non sarebbe esente dal rischio di configurare una sorta di sistema sanitario di serie B verso il quale finirebbero per convergere le persone più deboli (e "costose" per il S.S.N).

Ma proprio perché queste persone sono, già oggi, poste ai margini nel sistema sanitario è necessario ed urgente che esse trovino, al più presto, una tutela efficace da parte dei rappresentanti eletti delle comunità locali. In attesa e con l'auspicio che, a questi ultimi, si restituiscano - prima o poi - poteri reali sul sistema sanitario nel suo complesso.